Paris 1970

ANNEE 1970 N°

T H E S E

Pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Michèle BARZACH - FISCH

Née le 11 Juillet 1943 à CASABLANCA (MAROC)

Externe des Hôpitaux de PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

L'IMAGE RADIOLOGIQUE DES SARCOMES UTERINS

Président : Monsieur Jacques HUGHIER - PROFESSEUR

ANNEE 1970 N°

T H E S E

Pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Michèle BARZACH - FISCH

Née le 11 Juillet 1943 à CASABLANCA (MAROC)

Externe des Hôpitaux de PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

L'IMAGE RADIOLOGIQUE DES SARCOMES UTERINS

Président : Monsieur Jacques HUGHIER - PROFESSEUR

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

In Mémoriam

A Madame le Docteur Hélène Michel WOLFROMM

Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS
Ex-Chef de Clinique à la Faculté

A qui nous devons l'orientation de notre carrière médicale.

Nous avons le regret de ne pas avoir bénéficié plus longtemps de son précieux enseignement que nous avons eu la chance de connaître et d'apprécier.

A Monsieur le Professeur HUGHIER

Croix de Guerre
Professeur à la Faculté de Médecine de PARIS
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chirurgien des Hôpitaux

Nous savons le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse

Qu'il soit assuré de notre respect et de notre reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549218_0017

A Monsieur le Professeur René MUSSET

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur Agrégé
Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

qui a constamment guidé la composition de cette Thèse avec érudition et clairvoyance.
Nous savons le très grand honneur qu'il nous a fait.
Deux années d'Externat dans son Service nous ont appris ce qu'était l'élégance didactique.

Qu'il soit assuré de notre respect et de notre reconnaissance et qu'il trouve ici tous nos sentiments d'admiration et de fidelité.

A Monsieur le Professeur THOYER ROZAT

Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Professeur Agrégé
Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a prodigué lors de nos fonctions d'externe dans son Service.

A Monsieur le Professeur François LEPAGE

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur à la Faculté de PARIS
Membre de l'Académie Nationale de Médecine
Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

en très respectueux hommages.

A Monsieur le Professeur André GROSSIORD

Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin des Hôpitaux

Six mois d'Externat dans son Service
nous ont appris ce qu'étaient le
dévouement, la générosité de coeur
et l'optimisme si utiles lorsqu'ils
sont joints à une si haute compétence.

A Monsieur le Docteur Jean CHENEBAUT

Professeur Agrégé
Membre Correspondant National de l'Académie de Médecine

Il nous a accordé sa confiance et donné
de précieuses leçons

Qu'il croie à notre reconnaissante amitié
et à notre fidèle respect.

A Monsieur le Docteur Marcel Philippe TORRE

Ancien Chef de Clinique Obstetricale à la Faculté de Médecine de PARIS
Gynécologue Accoucheur de l'Hôpital de NEUILLY-SUR-SEINE

Il nous a accueillie avec bienveillance dans son Service où il nous a donné nos premières responsabilités médicales.

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre reconnaissance et de notre fidèle respect.

A Monsieur le Docteur Etienne NICOLAS

Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS
Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital FRANCO MUSULMAN

Nous nous souvenons de son accueil bienveillant.

Qu'il nous permette de le remercier pour son enseignement et sa chaleureuse compréhension.

A Leurs Assistants

Messieurs les Professeurs Agrégés SUREAU

SENEZE

Messieurs les Docteurs SALOMON

PANNIER

CHAVINE

BELAISH

BOUCCARA

POITOUT

A mes Parents

qui nous ont toujours entourée d'une tendresse sans limite et dont l'affection fut souvent pour nous un refuge grâce auquel nous avons pu travailler paisiblement.

A mes Beaux Parents

A mon Mari

Bien qu'éloigné des préoccupations médicales, il a su s'interesser à notre travail et nous entourer d'une nécessaire affection.

A mes Amies

Anne-Marie et Catherine

I - INTRODUCTION -

A l'instigation de notre Maître le Professeur Agrégé René MUSSET, nous nous proposons :

- de tenter de décrire l'image pathologique révélée par les hystérographies entreprises chez les femmes porteuses de sarcomes

- d'en considerer l'intérêt dans l'élaboration du diagnostic et la discussion de la conduite à tenir.

A en juger d'après la Revue de la Littérature à laquelle nous nous sommes livrés, l'hystérographie ne semble pas avoir été jusqu'à présent l'objet d'utilisation fréquente, et encore moins d'études approfondies.

C'est dans le propos d'attirer l'attention sur l'utilité de cet examen complémentaire que le Docteur René MUSSET nous a confié le présent travail.

II - DEFINITION ET CLASSIFICATION DES SARCOMES UTERINS

- DEFINITION DES SARCOMES -

Le Sarcome est une prolifération anarchique et maligne de cellules mésenchymateuses détruisant la structure du tissu dans lequel elle se développe, capable de récidiver après exerèse, et de métastaser, entraînant la mort.

Les Sarcomes représentent pour NOVAK 4 à 5 % des tumeurs malignes utérines.

- CLASSIFICATION -

CLASSIFICATION DES SARCOMES UTERINS D'APRES NOVAK

A) - Sarcomes développés aux dépens du muscle lisse

- Secondaire à un myome préexistant (sa fréquence serait de 0,5 %)
- Primitif dans le myomètre normal

Ces deux variétés constituant les Leiomyosarcomes

- Sarcome leiomyomateux intraveineux (myome ayant métastasé)

B) - Sarcomes développés aux dépens de l'Endomètre

- Sarcome du Stroma endométrial
- Carcinosarcome

Ces deux variétés constituant d'ordinaire des lésions mixtes :

- Tumeurs mixtes mésodermiques
- l' Endométriose stromale

Les autres Sarcomes

- Vasculaires
  - Hémangiopéricytomes
  - Hémangiosarcomes
- Lymphosarcomes
- Les sarcomes inclassés

- GENERALITES -

a) - Leiomyosarcomes

- la plupart des sarcomes utérins proviennent de la dégénérescence maligne d'un myome bénin

- malgré la grande fréquence des fibromes, la fréquence des transformations sarcomateuses est extrêmement basse

- THORNTON et CARTER pour 2.500 fibromes ont trouvé moins de 1 % de sarcomes

- CORSCADEN et SINGH ont noté une fréquence de 0,13 %

- MONTAGUE et AL 1 dans une série de 13.000 fibromyomes sur 20 ans ont rapporté 38 sarcomes, soit 0,29 %

- la fréquence de la dégénérescence maligne des myomes est inférieure à 0,5 %

b) - Sarcomes leiomyomateux intraveineux

- Depuis la publication d'un fibromyosarcome métastasiant par STEINER en 1939, plusieurs autres cas ont été enregistrés

- Des métastases locales dans le myomètre et les ligaments larges sont retrouvées, mais aussi des métastases à distance, pulmonaires en particulier, malignes dans un cas rapporté par Mac EACHERN, et bénignes dans un cas rapporté par ARIEL et TRINIDAD.

  En fait, la question de terminologie pour de telles tumeurs est très contreversée.

c) - Sarcomes de l'Endomètre

- Ces lésions sont rares, mais lorsque toutes les variétés de sarcomes développés aux dépens de l'endomètre sont groupées, la fréquence approche celle des leiomyosarcomes.

- L'âge moyen de leur apparition se situe à la moitié de la 6ème décennie, excepté pour le sarcome botryoïde du col et de la partie supérieure du vagin variant des tumeurs mixtes mésodermiques qui surviennent habituellement pendant la Ière décennie.

- Il est intéressant de noter dans l'étude que WILLIAMS et WOODRUFF ont faite sur 400 cas de la littérature, que dans un tiers des cas il y avait eu une irradiation radiothérapique antérieure.

- La guérison définitive de ces lésions est très faible et les récidives sont la règle.

Dans une série étudiée par WILLIAMS et WOODRUFF, la mort survenait chez 92 % des malades en deux ans.

- un fait troublant est à noter :

. Cliniquement ces lésions se conduisent bien plus comme des carcinomes que comme des sarcomes puisqu'elles ont tendance à se propager localement et à métastaser par les voies lymphatiques.

. Et sans regarder les lésions initiales, les lésions métastatiques ressemblent dans 75 à 80 des cas à des carcinomes.

L'Endométriose stromale mérite une place à part dans cette classification des sarcomes, car son origine est très contreversée.

C'est une lésion rare, comparable à l'adénomyose sans éléments glandulaires.

Pour PEDOWITZ, FELMUS et GRAYZEL, la tumeur est d'origine vasculaire et proche de l'hémangiopéricytome. C'est aussi l'opinion de MUSSET.

Pour HUNTER dont l'étude anatomopathologique porte sur 94 cas d'endométriose stromale, les cellules stromales pénètrent dans le myomètre non pas après destruction et nécrose, mais d'une façon ordonnée, le long du trajet des lymphatiques et des faisceaux musculaires.

Pour STEARN, l'endométriose stromale n'étant pas dépendante de l'activité ovarienne, n'est pas comparable à l'adénomyose.

L'Endométriose stromale a été classée par certains en trois catégories de cas.

- Dans le Ier cas, le plus simple, l'endométriose stromale est peu différente de l'adénomyose, mais le tissu envahissant n'est fait que de stroma endométrial sans glandes. Ces cas sont bénins.

- Dans le 2ème cas, le stroma endométrial envahit non seulement le myomètre, mais peut aussi envahir les ganglions et les vaisseaux, devenant localement invasif, allant dans les ligaments larges mais sans donner de métastases à distance.

  Ce cas peut être guéri temporairement même si la rémission tumorale n'est pas totale, mais il peut aussi entraîner la mort bien que l'extension soit seulement locale.

- Dans le 3ème cas, on retrouve des caractères malins à l'histologie et cliniquement puisque des métastases à distances peuvent être observées.

Pour NOVAK et pour KOSS, il serait logique d'accepter seulement les endométrioses stromales bénignes ; les endométrioses stromales de type malin réalisant une variante ou un stade débutant du sarcome endométrial.

III - ETUDE MICROSCOPIQUE -

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

A/ - LEIOMYOSARCOMES

Rien n'est plus difficile pour l'anatomopathologiste que de différencier histologiquement un fibrome bénin et un leiomyosarcome à un stade débutant.

Ce problème peut devenir presque insurmontable s'il y est associé nécrose et hémorragie comme c'est souvent le cas dans les grands fibromes.

La transformation maligne dans un myome apparaît fréquemment dans sa partie centrale.

L'invasion et l'effraction de la capsule ne sont pas absolument nécessaires pour le diagnostic de dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome bien que CORSCADEN et SINGH défendent cette règle.

L'étude histologique faite sur 105 cas de leiomyosarcomes par AARO et SYMMONDS a montré les caractères histologiques suivants :

- des cellules malignes de muscle lisse éxistaient dans chaque tumeur
- les éléments cellulaires étaient des cellules en fuseaux avec des noyaux allongés eosinophiles, un cytoplasme granuleux
- la densité cellulaire est supérieure à celle qui éxiste dans les leiomyomes

- le polymorphisme cellulaire et des cellules géantes atypiques avec des aspects de mitoses anormales étaient trouvés.

Les critères habituels pour parler de malignité sont l'aspect des bordures, le polymorphisme cellulaire, la taille des cellules (formation de cellules géantes), l'hyperchromatisme et surtout l'activité mitotique.

Cette activité mitotique joue un rôle dans l'évaluation du pronostic de survie pour NOVAK.

Si moins de 5 mitoses sont trouvées sur 20 champs, le pronostic de survie est bon à 5 ans.

Si plus de IO mitoses sont trouvées sur 20 champs, le pronostic de survie à l'an et à 5 ans est nul.

B/ - SARCOME LEIOMYOMATEUX INTRAVEINEUX

La tumeur intra vasculaire est typiquement un leiomyome du fond.

Dans certains cas les modifications collagènes évoquent un thrombus organisé avec vascularisation.
Dans ce cas cependant, la portion de muscle lisse ne laisse aucun doute quant à la nature leiomyomateuse de la tumeur.

Il parait possible que le néoplasme en fait se développe à partir de la musculaire de la paroi vasculaire.

C/ - SARCOME DE L'ENDOMETRE ET TUMEURS MIXTES MESODERMIQUES

SYMMONDS et DOCKERTY ont étudié le sarcome de l'endomètre en y incluant le carcinosarcome, les tumeurs mixtes mésodermiques et l'endométriose stromale (pour eux état bénin mais proliférant), et n'ont pas trouvé de démarcation nette entre les lésions histologiquement bénignes et malignes.

OBER et TOWELL insistent sur le fait que le dénominateur commun de ces lésions est la présence de stroma endométrial.

On peut y trouver des éléments homologues existant dans l'utérus, on est alors en présence d'une tumeur homologue pure, tel le carcinosarcome qui est plus fréquent chez la femme jeune et relativement inoffensive,

ou bien des éléments dits hétérologues, étrangers à l'utérus, tels que de l'os, du cartilage, du muscle strié et d'autres éléments du mésoderme, aboutissant à la formation d'une tumeur mixte mésodermique, atteignant des femmes plus âgées, et ayant un pronostic plus mauvais.

En fait, dans la même tumeur, l'association de plusieurs variétés est possible.

De nombreux polypes sont parfois présents dans lesquels on trouve des éléments du stroma et épithéliaux bénins, comme en en voit dans l'hyperplasie de l'endomètre, associés à des anaplasies du stroma et épithéliales, incluant des éléments métaplasiques mésodermiques.

On trouve des cellules tumorales de grande taille, allongées, disposées en boyaux ou en rubans, avec des granulations eosinophiles dans le cytoplasme, des noyaux grands, irréguliers, et le plus souvent des aires de formation épithéliales proches d'un carcinosarcome peu différencié.

OBER et TOWELL notent le degré variable de malignité dans les néoplasmes du stroma endométrial avec tous les stades intermédiaires entre l'endométriose stromale et le sarcome endométrial franc.

- ETUDE MACROSCOPIQUE -

L'étude macroscopique des Sarcomes utérins doit retenir davantage notre attention puisque la morphologie extérieure de la tumeur influence évidemment et directement les images radiologiques.

A/ - LEIOMYOSARCOMES

Le Leiomyosarcome naissant habituellement dans un utérus porteur de fibrome, est rarement reconnu préopératoirement ou sur la table d'opération.

De temps en temps soupçonné à l'examen macroscopique, c'est le plus souvent une découverte inattendue de l'examen microscopique.

Il serait très souhaitable que chaque utérus myomateux soit ouvert sur table, mais en pratique la section et l'examen de chaque nodule d'un utérus fibromateux contenant de nombreux nodules est rarement faite.

Une zone ramollie, à l'aspect nécrotique, ressemblant à du porc cru, une zone hémorragique ou une décoloration gris bleu d'un myome, doivent faire suspecter la dégénérescence maligne, surtout lorsque ces aspects sont associés à l'histoire d'un grossissement post ménopausique rapide.

Cependant, ces accidents dégénératifs hyalins cystiniques ou hémorragiques peuvent exister dans des myomes bénins.

AARO et SYMMONDS sur 105 cas de leiomyosarcomes font la description macroscopique suivante :

- le leiomyosarcome ressemble souvent grossièrement à un myome ayant subi une nécrobiose

- en général, les tumeurs malignes sont grosses, de consistance molle, peu différente de celle du cerveau, de couleur jaunâtre

- leur surface est irrégulière avec un plan de clivage moins net que dans les fibromes

- au centre de la tumeur on trouve une zone de nécrose hémorragique et contenant des formations de cysténie

- dans de nombreux néoplasmes il y a une extension aux vaisseaux évidente, et en surface de gros vaisseaux sanguins passent au-dessus de la tumeur quand celle-ci est sous-péritonéale.

- la grande majorité des utérus étudiés par AARO et SYMMONDS dans leurs 105 cas, contenaient des myomes et après une étude sérieuse 22 leiomyosarcomes provenaient certainement de leiomyomes.

B/ - SARCOMES DE L'ENDOMETRE

Le Sarcome de l'endomètre et les tumeurs mixtes mésodermiques se présentent comme une formation polypoïde siégeant le plus souvent à la face postérieure de la cavité utérine avec un pédicule d'implantation large ou étroit.

Les polypes s'extériorisent souvent par l'orifice externe du col utérin et même dans le vagin, pouvant entraîner dans certains cas une inversion utérine.

La surface de section de ces polypes est rose et blanche, sauf dans les régions hémorragiques et nécrotiques.

La consistance est proche de celle du cerveau, avec parfois la présence de foyers gélatineux.

La surface externe lisse et luisante permet de distinguer ces tumeurs des carcinomes endométriaux.

Les lésions carcinosarcomateuses ont souvent une zone d'endomètre épaisse, friable, touffue, qui recouvre la portion polypeuse à la base de la tumeur

IV - REVUE DE LA LITTERATURE EN CE QUI CONCERNE L'ETUDE DE L'HYSTEROGRAPHIE QUANT AU DIAGNOSTIC CLINIQUE DES SARCOMES

A la lecture de nombreuses publications parues sur les sarcomes utérins, on est frappé de voir que l'hystérographie est soit totalement ignorée, soit taxée d'inutilité, et seuls un ou deux auteurs en reconnaissent l'utilité qui nous semble pourtant indéniable.

- AUX U.S.A. on ne semble pas connaître l'hystérographie.

- en 1959, CRAWFORD et TURCKER publient une étude portant sur 34 cas de sarcomes dépistés de 1948 à 1956 et ne parlent pas d'hystérographie.

- en 1959, MARCELLA et CROMER ne parlent pas d'hystérographie pour 11 cas de tumeurs mixtes mésodermiques étudiés de 1941 à 1957 (alors qu'ils pratiquent une urographie intraveineuse).

- en 1959, OBER, HAROLD, et TOWELL pour 29 cas de sarcomes utérins n'ont pas utilisé une fois l'hystérographie.

- en 1959, CORSCADEN, BAWA, publient 57 cas de leiomyosarcomes étudiés de 1920 à 1955, sans parler d'hystérographie.

- en 1959, OBER et TOWELL publient 26 cas de sarcomes mésenchymateux sans citer l'hystérographie.

- en 1964, RENDINA en Italie publie 6 cas de sarcomes étudiés de 1960 à 1964, sans avoir pratiqué d'hystérographie alors qu'une laparatomie exploratrice a été faite dans deux cas pour métrorragies et douleurs.

- en 1966, AARO, SYMMONDS et DOCKERTY ne parlent pas non plus d'hystérographie dans leur étude sur les sarcomes.

- EN FRANCE :

- LAFFARGUE, CABANNE et NOSNY dans leur publication de 1966 ne parlent pas d'hystérographie.

- MULLER, TOUSSAINT et PHILIPPE dans leur Article de 1962 citent l'hystérographie parmi les examens complémentaires à pratiquer en cas de soupçon de sarcome, mais sans décrire l'image radiologique observée et sans insister beaucoup sur l'intérêt que les aspects radiologiques peuvent avoir.
Ces auteurs semblent la pratiquer seulement par esprit de système.

- CHOME dans son Article dans l'Encyclopédie de 1964 cite l'hystérographie dans les examens complémentaires, en disant qu'elle montre seulement la déformation tumorale de la cavité utérine, dont on ne peut apprécier l'origine exacte.

- Seuls, POUILHES et Coll. dans un Article consacré aux sarcomes de l'endomètre en 1966, marquent l'intérêt de l'hystérographie, mais dans un esprit particulier puisque pour ces auteurs, elle est surtout primordiale dans l'endométriose stromale où "L'hystérographie montre une tumeur utérine polylobée, qui associée aux métrorragies suffit à elle seule à poser l'indication opératoire".

- BOUKRIS dans sa thèse consacrée aux leiomyosarcomes parle de l'hystérographie dans les moyens d'investigation paracliniques en disant : "Elle montre des lésions qui modifient la morphologie de la cavité utérine. C'est le cas des sarcomes à développement cavitaire et il n'existe pas d'images propres aux sarcomes. D'autre part, dans les formes de sarcomes nécrosés les images ne diffèrent en rien de celles des épithéliomas du corps utérin. Peut-être cet examen peut-il donner un renseignement topographique pour guider une biopsie".

V - OBSERVATIONS ET IMAGES RADIOLOGIQUES DE M. MUSSET

Nous allons passer en revue des observations de Sarcomes utérins vus dans notre service, pour lesquelles l'hystérographie nous a semblé être un temps indispensable de notre étape diagnostic.

o

o o

OBSERVATION N° 1
==========

Madame EC... Marie, âgée de 6I ans, vient consulter le 2I Novembre 1967, pour :

- des métrorragies post ménopausiques depuis Septembre 1967, d'abondance moyenne, spontanées, de sang rouge rosé, et persistant jusqu'à ce jour
- accompagnées de quelques coliques pelviennes intermittentes
- et de pollakiurie

- Dans ses antécédents on retrouve :
  - des migraines
  - une hypertension artérielle à 15/I8
  - une intervention 1960, à deux reprises, pour kyste inflammatoire type laryngocèle sans lésions spécifiques
  - réglée à 13 ans, ses cycles étaient réguliers, de 30 jours, les règles durant 5 jours
  - une ovariectomie gauche pour kystérectomie de l'ovaire
  - ménopausée à 54 ans, en 1960, pas de métrorragies jusqu'en Septembre 1967
  - deux accouchements normaux, à terme, en 1931 et 1935

- A l'examen, le 2I Novembre 1967 :
  - Abdomen souple, paroi tonique
  - Périnée normal
  - Vulve atrophique

- Col normal
- Malade difficile à examiner car l'orifice vaginal est étroit
- L'utérus semble petit, rien dans les culs de sac

- Examens pratiqués =
  - Frottis vaginaux faits le 27 Octobre 1967
    . Classe II - III : présence de quelques groupes de cellules atypiques
  - Frottis vaginaux refaits le 13 Novembre 1967
    . Classe III : cellules peu différenciées, à gros noyaux et chromatine granuleuse
  - Biopsie d'endomètre, faite le 7 Novembre 1967
    . Un minuscule fragment ramené montre des éléments carcinomateux pour la plupart nécrobiosés, sans stroma réaction, et dont il est difficile d'affirmer la morphologie

      S'agit-il d'un carcinome endocervical épidermoïde mal différencié, ou d'un carcinome cylindrique endométrial.
  - L'Hystérographie faite le 15 Novembre 1967 montre :
    . Un utérus agrandi : avec hypertrophie globale généralisée et symétrique sur tous ses bords qui sont réguliers
    . Un utérus porteur d'une image lacunaire
      - à contours réguliers correspondant à une tumeur à très large base d'implantation
      - ravinée par de rares sillons dessinés sur la masse tumorale principale

A. - Image radiologique d'un Sarcome de l'utérus (face)

B. - Image radiologique d'un Sarcome de l'utérus
Hystérographie sur pièce opératoire (profil)

C. - Image radiologique d'un Sarcome de l'utérus
Hystérographie sur pièce opératoire (face)

. Une atonie utérine manifeste

- les 3 bords de l'utérus sont largement convexes
- l'utérus ne se vide pas
- les trompes ne sont pas injectées
- l'aspect est assez comparable à l'image d'un utérus gravide

. Les signes indirectes sont absents

- Il n'y a pas de véritable souffiure des bords en regard de la tumeur
- Il n'y a pas de béances isthmique
- Il n'y a pas d'injections vasculaires

- L'Hystérographie sur pièce confirme cet aspect

- Intervention le IO Décembre 1967

- Hystérectomie totale avec annexectomie droite (pas d'annexe gauche)

- Compte-rendu Opératoire

. Utérus augmenté de volume (comme un mois environ)

. Pas d'annexes gauches mais une adhérence au niveau de l'anse sigmoïde

. Annexe droite collée intimement à la paroi pelvienne avec intense fibrome rétractile.

. Adhérence diploïque à la paroi

- Compte-rendu anatomppathologique

- Toute la cavité utérine est occupée par une tumeur arrondie ayant une large base d'implantation sur le bord droit

- Cette tumeur est en grande partie nécrosée et infiltrée par du sang, surtout dans la région opposée à l'implantation.

- Là où elle n'est pas nécrosée, constituée de larges cellules
  - au cytoplasme acidophile
  - au noyau volumineux
- Les noyaux monstrueux et les cellules multinucléees sont nombreuses
- Par endroits, cellules fusiformes, vaisseaux nombreux, certains ayant une paroi bien individualisée, d'autres ont l'aspect de lacunes
- Quelques tâches glandulaires reconnaissables surtout près de la base
- Le myomètre est mince, avec quelques embolies tumorales intravasculaires
- L'endomètre du reste de la cavité est atrophique
- Col : épithélium pavimenteux stratifié mince sans anomalies cytologiques
- Endocol et Isthme : normaux

- CONCLUSION :

Sarcome probablement développé aux dépens d'un polype intra utérin.

Lésion localisée à la cavité utérine, mais s'accompagnant d'embolies vasculaires.

OBSERVATION N° 3

- Madame ZYG... âgée de 8I ans vient consulter en Avril 1969 pour

  - métrorragies post ménopausiques
  - spontanées
  - réduites à une petite tâche sur les draps en Mars 1969

- Dans ses antécédents on note :

- hémorroïdectomie en 1938
- nephrectomie gauche en 1965 pour une cause imprécise
- résection du col vésical en 1969
- cholecystectomie
- infection urinaire
- trois grossesses normales, pas de fausse couche
- ménopausée à 45 ans (en 1934)

- Examens Pratiqués

- Frottis vaginaux le 11 Avril 1969 : Cellules pavimenteuses parabasales basophiles à gros noyaux sans polype

- Frottis cervical : même aspect

- Frottis endométrial : Sang (par endroits lysé)

  . Quelques groupes de cellules indifférenciées à cytoplasme peu abondant, noyau volumineux, allongé, irrégulier

  . Quelques cellules en mitoses

Suspicion de carcinome dont l'origine ne peut être précisée.

- Biopsie d'endomètre le 2 Avril 1969

  . Tissu très riche en cellules à cytoplasme peu abondant et limites difficiles à voir, noyau volumineux, irrégulier et dense

  . Mitoses nombreuses, la plupart anormales

  . Les fragments sont en grande partie recouverts par l'épithélium cylindrique ayant les caractères de l'épithélium endométrial bordant et s'invagine dans le tissu pour former des glande

Tumeur maligne très atypique

- Soit carcinome indifférencié
- Soit Sarcome du chorion cytogène

- V.S. le 3 Janvier 1954 : normale

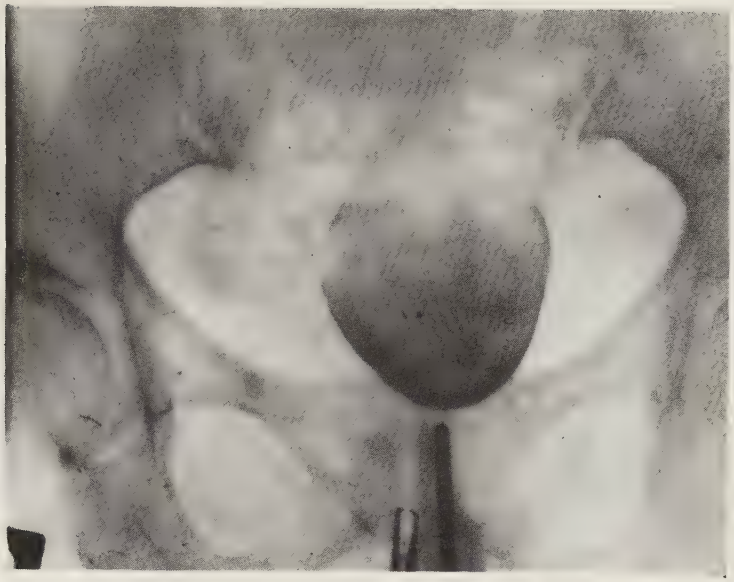
- Hystérographie le 14 Avril 1969

  - Hypertrophie globale généralisée de l'utérus.

A. Image radiologique d'un Sarcome de l'utérus. (Face)

B. Image radiologique d'un Sarcome de l'utérus. (Profil)

C. Image radiologique d'un Sarcome de l'utérus. (Image d'évacuation. Face.)



Sur le premier cliché,

- on constate cependant une inégalité du fond utérin, donnant l'impression que la tumeur s'est développée à partir de la corne droite
- volumineuse image lacunaire à large base d'implantation sur la face antérieure de l'utérus
- il existe seulement dans ce cas quelques très rares sillons predominants aux abords du fond utérin.
- atonie utérine considérable
- il n'existe aucun signe indirect

- Intervention le 1er Mai 1969

  - Hystéro colpectomie vaginale avec annexectomie bilatérale

- Compte-rendu Opératoire

  - Examen macroscopique

  . Hystérectomie vaginale

  Selon le procédé classique par section progressive des pédicules en prenant garde de ne pas traumatiser l'utérus qui semble extrêmement friable.
  La section du pédicule de la corne droite fait apparaître la tumeur intra-utérine.

  . Les annexes sont extirpées après l'ablation

  . Aspect externe des ovaires : normal

  . L'ovaire droit est plus volumineux que le gauche

- Examen de la pièce

  . Utérus hypertrophié de la taille d'un utérus gravide au terme de six semaines, et libre de toute adhérence tant à la vessie qu'au cul de sac de Douglas.

  . Cet utérus est porteur d'une tumeur implantée sur sa face antérieure près de la corne droite de la taille d'une mandarine très molle, gris rosée, de consistance encephaloïde, creusée de quelques sillons et remplissant la cavité utérine dilatée.

A. Sarcome de l'utérus. (Pièce opératoire fermée.)

B. Sarcome de l'utérus. (Pièce opératoire ouverte.)

C. Sarcome de l'utérus. (Pièce de profil.)

- Compte-rendu Anatomopathologique

- Col : Caractère sénile du col
Myomètre sclérosé
Muqueuse endocervicale atrophique avec de nombreux kystes glandulaires à bordure kystique
Muqueuse malpighienne de l'exocol et de la collerette vaginale : un peu amincie mais formée de cellules claires avec du glycogène.

- Corps : Volumineuse masse tumorale, implantée sur l'une des faces, très exophikique mais infiltrant largement le myomètre respecté dans sa partie externe.
Tumeur dimorphe constituée de deux contingents tissulaires.

- les éléments typiques d'un adénocarcinome papillaire et glanduliforme de type excrétogénital ayant l'aspect habituel des adénocarcinomes endométriaux.

- prolifération de petites cellules mésenchymateuses allongées ou étoilées réalisant la structure d'un sarcome de chorioncytogène

- l'endomètre tapissant la cavité utérine non intéressé par la tumeur est de type sénile microkystique.

- Annexes gauches : trompe étroite sénile
l'ovaire ne peut être observé

- Annexes droites : trompe distendue
ovaire droit avec stroma dont la consistance et l'hyperplasie sont anormales à cet âge.

Tumeur de BRENNER bénigne

- CONCLUSION :

Carcinosarcome du corps utérin

OBSERVATION N° 3
==========

Madame PAV... Suzanne âgée de 79 ans vient consulter le 28 Janvier 1965, pour

- une tuméfaction progressive de l'abdomen
- des douleurs pelviennes à type de coliques utérines depuis fin Novembre 1964
- pas de métrorragies

- Dans ses antécédents on note :
  - 2 grossesses normales
  - une fausse couche spontanée à 4 mois
  - ménopausée à 52 ans, en 1938
  - pas d'antécédents médical ou chirurgical pathologiques

- A l'examen on note :
  - un utérus augmenté de volume
  - rien aux annexes

- Revue le 2 Novembre 1965 pour
  - des métrorragies abondantes

  A l'examen : Gros utérus avec hématométrie, l'exploration endo utérine ramenant 250 cc. de sang

- Le 9 Décembre 1965

  Examen fait en urgence suivi de l'intervention (aucun examen complémentaire n'a donc été pratiqué)

- Intervention le 9 Décembre 1965

  - hystérectomie totale avec ablation des annexes

- Le Compte-rendu Opératoire montre

  - Incision médiane sous ombilicale
  - A l'exploration : gros utérus mou et violacé d'aspect analogue à celui d'un utérus gravide au terme de 3 mois
  - Annexes normales avec ovaires scléreux et ravinés

- Examen succinct de la pièce

  Présence d'une tumeur violacée en battant de cloche libre dans la cavité utérine.

- L'Hystérographie faite sur la pièce opératoire montre

  . Un utérus agrandi avec hypertrophie globale généralisée et symétrique sur tous ses bords qui sont réguliers

  . Un utérus porteur d'une image lacunaire
  - à contours réguliers ou faiblement polycycliques
  - correspondant à la présence d'une tumeur à large base d'implantation
  - ravinée par de très rares sillons dessinés sur la masse tumorale

  . Une atonie utérine manifeste
  - l'aspect est comparable à l'image d'un utérus gravide

  . Les signes indirects sont absents
  - il n'y a pas de soufflure des bords
  - il n'y a pas de béance isthmique
  - il n'y a pas d'injections vasculaires

A - Image radiologique d'un Sarcome sur Hystérographie sur pièce opératoire

- Compte-rendu anatomopathologique

Etude macroscopique :

- L'utérus contient dans sa cavité un volumineux polype de 8 x 6 cm, largement inséré sur la face antérieure du corps
- La lèvre antérieure du col a été sectionnée
- Dans la paroi utérine, à droite, il existe un fibrome banal de la taille d'une noix.

- Examen histologique

- la formation polypeuse est constituée par une prolifération de cellules fusiformes ayant par endroits un aspect très évocateur de fibres musculaires lisses.

  Cette prolifération est dense et il éxiste de fréquentes monstruosités cellulaires.

  D'importants territoires sont nécrosés. La prolifération ne dépasse pas la base du polype.

- les ovaires et les trompes ne présentent aucune particularité notable.

- CONCLUSION :

Transformation sarcomateuse d'un myome sous-muqueux pédiculé.

OBSERVATION N° 4
==========

Madame DOR ... Yvonne, âgée de 75 ans vient consulter le 13 Mai 1969, pour :

- des métrorragies post ménopausiques
  - depuis Janvier 1969
  - de sang rouge
  - d'abondance modérée
  - quotidiennes
  - spontanées
- des leucorrhées jaunâtres peu abondantes
- son état général est bien conservé, malgré une HTA à 20/11

- Dans ses antécédents on note
  - une intervention pour luxation congénitale de la hanche, en 1935
  - une stérilité I Involontaire
  - mais surtout une radiothérapie sur fibrome en 1930, à l'âge de 36 ans pour ménorragies incoercibles (I8 séances)

- A l'examen on trouve
  - une leucoplasie de la fourchette
  - un utérus augmenté de volume en rétroversion fixé difficile à apprécier.

- Examens pratiqués
  - Frottis vaginaux : classe II
  - Le frottis endométrial par aspiration ramène 25 cc. de liquide jaune verdâtre.
  - Biopsie d'endomètre : ne ramène pas d'endomètre

- L'Hystérographie faite le 2I Avril 1969 montre

  . Un utérus agrandi avec hypertrophie généralisée quasi symétrique d'un utérus dont les bords sont réguliers

  . L'image typique d'un myome calcifié

  . Une image lacunaire à contours réguliers et en un point faiblement polycyclique
  - Absence d'injections de sillons intra tumoraux
  - Très large base d'implantation de la tumeur sur la face antérieure de l'utérus (cliché profil)

  . Une atonie utérine manifeste
  - l'aspect est comparable à l'image d'un utérus gravide

  . Des signes indirects
  - pas de soufflure des bords
  - pas de béance isthmique
  - pas d'injections vasculaires

- Intervention le 26 Juin 1969
  - Une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale

- Compte-rendu Opératoire
  - Volumineux utérus avec un myome postérieur enclavé dans le Douglas adhérent aux sigmoïdes
  - Au cours de l'intervention le corps utérin "se détache" spontanément, faisant réaliser une sub-totalisée
  - Ablation du myome qui restait dans le Douglas. Deux surgets sur la vagin
  - Péritonisation
  - Le bassin est satisfaisant en fin d'opération, pas de métastases hépatiques.

- Deux examens anatomopathologiques ont été faits

  I° - Col utérin

  . Revêtu par un épithélium pavimenteux stratifié d'épaisseur normale

A - Image radiologique d'un Sarcome (Cliché de Face)

B - Image radiologique d'un Sarcome (Cliché de Profil)

C
D
2

. les glandes endocervicales sont hypoplasiques, quelques unes sont kystiques

- Fibromyome

. Les faisceaux des fibres musculaires lisses sont peu nombreux et étroits
. La fibrose est très marquée, elle est par endroits presque anhiste

Conclusion

Fibromyome utérin

2° - Examen de la pièce opératoire le 22 Juillet 1968

. Fragment I d'un fibrome
Celui-ci contient plusieurs nodules complètement hyalinisés et pauvres en cellules

. Fragments 2 et 5 d'une tumeur utérine qui est bien délimitée par le myomètre et constituée de cellules allongées, à noyaux irréguliers.
Entre ces cellules, on trouve quelques fibres collagènes

. La vascularisation de cette tumeur est abondante mais irrégulière

Conclusion

Leiomyosarcome utérin

Ces deux conclusions discordantes nous montrent bien la difficulté pour l'anatomopathologiste de différencier histologiquement un fibrome utérin et un leiomyosarcome surtout s'il éxiste nécrose et et hémorragie.

DESCRIPTION DE L'IMAGE RADIOLOGIQUE DU SARCOME

L'hystérographie doit être faite avec un produit de contraste hydrosoluble (VASURIX POLYDONE).

Cinq clichés sont éxigés :

- deux clichés de repletion
- un profil strict
- un cliché d'évacuation
- un cliché de contrôle fait vingt minutes après en ayant mobilisé la malade.

- L'image radiologique typique du Sarcome utérin montre :

  . Une hypertrophie globale généralisée et symétrique de l'utérus dont tous les bords sont réguliers

  . Une image lacunaire intra-cavitaire à contours réguliers correspondant à une tumeur à large base d'implantation ravinée par de rares sillons dessinés sur la masse tumorale principale

  . Un aspect d'atonie utérine manifeste, comparable à celui de l'utérus gravide

  . L'absence de signes indirects

    - pas de véritable soufflure des bords en regard de la tumeur
    - pas de béance isthmique
    - pas d'injections vasculaires

VII - L'INTERPRETATION DE CES CLICHES D'HYSTEROGRAPHIE DOIT SE FAIRE DANS UN CADRE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

-=-

I°/ - <u>Les signes fonctionnels les plus souvent retrouvés sont</u> :

- des métrorragies
    - . d'abondance variable
    - . mais dont l'apparition chez la femme ménopausée attire l'attention
- des pertes séro-sanglantes
    - . abondantes plus ou moins
    - . souvent fétides
- des leucorrhées
    - . abondantes
    - . purulentes
    - . fétides
- des douleurs pelviennes
    - . à type de pesanteur ou de compression
    - . ou à type de coliques
- des troubles urinaires
    - . pollakiurie
    - . dysurie
- une sensation de tuméfaction pelvienne augmentant de volume

2°/ - L'examen gynécologique montre

- très souvent un utérus augmenté de volume

On en précisera :

. la taille
. la déformation
. la présence de masses nodulaires

Et si possible, on demandera à la malade si un fibrome avait été diagnostiqué dans le passé, en sachant que la modification de taille et de consistance d'un fibrome connu peut être un critère de dégénérescence maligne (sans le confondre avec une nécrobiose ou une dégénérescence kystique)

Mais on peut aussi être en présence

. d'une masse entourant le col
. d'un col ouvert, par lequel sort un polype en voie de nécrose

On recherchera des métastases pelviennes et hépatiques par un examen minutieux du pelvis avec T.V. et T.R.

On fera des frottis vaginaux, des frottis cervicaux, des frottis endométriaux, par aspiration

. peuvent être normaux
. mais le plus souvent, sont Classe II, ou IV ou V éveillant davantage l'attention
. on peut y trouver des cellules sarcomateuses ce qui n'est pas fréquent
. ou seulement des cellules franchement suspectes de malignité, sans pouvoir en préciser la nature histologique.

- La Biopsie d'Endomètre

  - peut remplacer le curettage biopsique
  - pour certains, elle est suffisante, pouvant être faite en consultation, évitant une double hospitalisation.
  - elle est aussi aidée par l'hystérographie faite préalablement orientant la sonde
  - elle est dangereuse, car risque de perforation
  - elle est difficile à faire chez la femme ménopausée

- Le Curetage Biopsique

  - permet dans un certain nombre de cas d'avoir un diagnostic histologique, soit précis de Sarcome, soit laisse un doute mais suffisamment pessimiste pour que l'on intervienne.

  - pour les Auteurs Français, et notamment LAFARGUE, CABANNE et NOSNY, il permettrait le diagnostic dans 40 % des cas

  - pour les Auteurs Américains, c'est un des temps capital du diagnostic, le seul examen complémentaire valable.

  - là aussi nous voyons l'intérêt de l'hystérographie faite avant le curettage, permettant de l'orienter en fonction des images radiologiques, et d'éviter des accidents de curettage, perforation surtout.

  A vrai dire, la constatation de la masse tumorale, dont nous avons précisé les aspects radiologiques, permet souvent d'éviter le curettage, donc ses inconvénients ou ses risques.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il se pose dans deux conditions très différentes

- Chez la femme encore réglée
- Chez la femme ménopausée

A/ - CHEZ LA FEMME ENCORE REGLEE

Notre discussion au diagnostic demeure théorique et hypothétique.

Dans le Service du Docteur René MUSSET il a été observé en effet un seul cas de sarcome développé chez une femme jeune de 32 ans.

Le diagnostic de fibrome et l'indication opératoire semblaient si évidents que malheureusement il fut jugé inutile d'imposer à la patiente un examen radiologique.

I°) - Cependant, nous possèdons deux observations d'hémangiopéricytomes

L'hémangiopéricytome

- procure une image assez différente de celle de sarcome utérin que nous avons pu voir
- chez une femme dont les manifestations cliniques évoquent la présence d'un fibrome, on constate à l'hystérographie

  . Une déformation importante de la cavité utérine du fait de la présence d'une image lacunaire très anormale.

  Celle-ci est en effet à bords irréguliers ou polycycliques, ravinée souvent par la présence de sillons. Sa base d'implantation est large.

  . Mais dans ce cas, l'utérus n'est pas atone comme dans le cas des sarcomes des vieilles femmes.

. Il n'existe pas non plus de signes indirects

- ni soufflure des bords
- ni béance de l'isthme
- ni injections vasculaires.

Cette image se distingue facilement de celles des fibromes sous muqueux qui se manifestent par une lacune régulière accompagnée de signes indirects.

Elle peut être en revanche difficile à distinguer de l'image d'une polypose endométriale

Mais dans l'ensemble l'image apparaît beaucoup plus inquiétante.

- Deux exemples : nos observations n° 5 et 6

OBSERVATION N° 5
==========

Madame BOU... Paulette, âgée de 52 ans vient consulter le 16 Janvier 1968, pour

- des métrorragies post ménopausiques depuis le IO Janvier 1968
- spontanées
- abondantes de sang rouge

- Dans ses antécédents on note
  - trois accouchements normaux à terme
  - une F.C.S. en 1938 curettée
  - ménopausée à 5I ans en 1967
  - fibrome connu depuis 1965

- A l'Examen
  - Périnée normal tonique
  - Vulve vagin sain
  - Utérus rétroversé porteur de plusieurs fibromes multilobés
  - Frottis vaginaux faits le 28 Janvier 1968
    - . Classe II
  - L'Hystérographie donne une image radiologique identique à celle décrite ci-dessus.

A. - Image radiologique d'un hémangiopéricytome (Cliché de Face).

B. - Image radiologique d'un hémangiopéricytome (Cliché de trois quart).

- Intervention le 25 Janvier 1968

  - hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale

- Compte-rendu Opératoire

  - Exploration

    . Utérus déformé par un gros myome de la corne droite et un autre probablement sous-muqueux

    . Annexe gauche normale, avec un ovaire petit, de surface vallonnée

    . Annexe droite trompe normale. L'ovaire porte à son pôle antéro interne un kyste gros comme une cerise de couleur bleutée

  - Intervention : Hystérectomie totale

    . Deux hémi-surgets sur les tranches vaginales

    . Péritonisation

    . Paroi

- Compte-rendu anatomopathologique

    . Le corps utérin est déformé par plusieurs formations arrondies dont l'une est située dans la cavité. Ces formations sont constituées par des cellules conjonctives allongées souvent disposées en formations concentriques autour des vaisseaux. Cet aspect est surtout net dans la tumeur intra-cavitaire et dans un nodule situé sous la séreuse. Il y a par endroit des amas histiocytaires.

    . Le myomètre contient également un fibromyome banal

    . L'endomètre est en état folliculinique. La surface de la tumeur intra-cavitaire y est mince et par endroit ulcérée.

    . Le col a un épithélium pavimenteux normal. L'épithélium du canal cervical et des glandes a un aspect sécrétant. Il y a de nombreuses glandes kystiques.

A. - Image radiologique d'un hémangiopéricytome (Hystérographie sur pièce face)

B. - Image radiologique d'un hémangiopéricytome (Hystérographie sur pièce profil

- Les ovaires sont aplatis et contiennent de nombreuses cicatrices fibreuses de corps jaunes anciens. Les trompes sont normales.

- CONCLUSION
  ==========

Tumeur conjonctive ayant les caractères de l'hémangio-péricytome. La lésion est localisée à l'utérus.

OBSERVATION N° 6
==========

Madame SA... Suzanne, âgée de 39 ans vient consulter en Mars 1958 pour

- des métrorragies
- une stérilité II
- une incontinence d'urines à l'effort

- Dans ses antécédents on note

  - deux accouchements dont un à six mois et demi en 1953 et l'autre à terme en 1954, avec forceps et déchirure

- A l'examen

  - un périnée éculé
  - une vulve déhiscente
  - un prolapsus du 2ème degré
  - un utérus porteur d'un myome de la taille d'une orange au niveau de sa corne droite
  - désir absolu de maternité

- Intervention le 19 Avril 1958

  - Myomectomie

- Compte-Rendu Opératoire

  . Médiane sous ombilicale
  . Trompes et ovaires normaux
  . Myomes interstitiels antérieurs tissant intimement leurs fibres avec le myomètre de la taille au total d'une orange
  . On sculpte la paroi
  . La cavité utérine est ouverte
  . On enlève une partie importante de l'endomètre postérieur porteur de polypes volumineux
  . Sutures multiples de l'utérus ouvert sur une grande longueur
  . Les trompes paraissent avoir été préservées
  . Paroi

- Compte-Rendu Histologique, le 30 Avril 1958

  - au milieu de travées fibreuses, on trouve de gros boyaux d'un tissu formé de cellules à gros noyaux sans axe conjonctif.

  - les vaisseaux sont dans l'ensemble bien formés

  - Etant donné l'importance de la densité nucléaire, il y a lieu d'envisager la transformation sarcomateuse.

    La malade aussitôt prévenue de la nécessité d'une intervention large refuse au nom d'un désir absolu de maternité.

  - Nouvelle grossesse en 1960, soit deux ans après l'intervention. Cesarienne systématique pour utérus cicatriciel.

    La malade revient consulter en Mai 1966, pour

    - pour des méno-métrorragies
    - des douleurs pelviennes vagues apparues il y a deux ans.

- A l'Examen

  - mauvais état général avec cystocèle au Ier degré et rectocèle du 2ème degré

  - col très haut, porteur à sa face postérieure d'induration d'endométriose

  - corps utérin porteur de plusieurs fibromes dont un de la taille d'un pamplemousse, en position abdominale et droite.

  - Frottis vaginaux :

    . Classe II

  - L'hystérographie donne une image radiologique identique à celle décrite ci-dessus

A - Image radiologique d'un hémangiopéricytome (Cliché de Face)

- Intervention le 15 Juin 1966

- Compte-rendu Opératoire

Incision médiane

- A l'exploration

. de nombreuses adhérences péritonéales avec deux larges brides cicatricielles

. Un utérus de la taille d'un utérus gravide de 4 mois déformé par de très nombreux fibromes très vascularisés dont un de la taille d'un pamplemousse.
Une masse est presque isolée dans le Douglas.

. Un volumineux ovaire droit, massif, dense, adhérent

. Une annexe gauche normale

- On pratique

. Une hystérectomie sus isthmique avec fixation du moignon aux ligaments ronds et au péritoine vésical

. L'ablation de l'annexe droite, avec conservation de la gauche

. Une colporraphie antérieure avec plicature sous-urétrale

. Une colpoperinéorraphie postérieure avec myoraphie des releveurs.

- Compte-rendu anatomopathologique, le 7 Juillet 1966

- Macroscopiquement

. L'utérus mesure IO centimètres de longueur sur 9 centimètres de large. Il est bosselé.

. A la coupe, la cavité utérine est occupée par un polype muqueux de 3 centimètres sur un centimètre, compact, de couleur jaune clair.

. Dans le myomètre, il y a de nombreuses plaques blanches inégales, mal limitées, par endroits confluentes, et des nodules arrondis, bien limités, et compacts, également de couleur blanchâtre.

. L'annexe est bosselée. A la surface de la trompe et de l'ovaire, il y a plusieurs formations arrondies et pédiculaires

. A la coupe transversale de la trompe, la lumière est occupée par un tissu compact et dense

. Le prélèvement comporte en outre une formation ovoïde mesurant 4 centimètres sur 2 centimètres, prélevée en arrière de l'utérus, isolée dans la cavité péritonéale.
A la coupe cette formation a le même aspect que les nodules qui infiltrent le myomètre.

Prélèvements :

. Coupe longitudinale du polype intra-cavitaire

. Coupe portant sur toute l'épaisseur de la paroi utérine avec un nodule blanchâtre

. Coupe d'un nodule de la corne étroite

. Coupe transversale de la trompe

. Coupe de la tumeur isolée dans la cavité péritonéale

- Microscopiquement

. Toutes les formations qui infiltrent le myomètre et la trompe, qu'elles soient nodulaires et bien limitées, ou irrégulières et mal limitées, de même que le polype intra-cavitaire et la tumeur isolée du Douglas, ont la même structure.

. Constituées de très nombreux vaisseaux capillaires par endroit presque accolés les uns aux autres. Autour de ces vaisseaux, il y a des cellules conjonctives au cytoplasme peu abondant, au noyau allongé et régulier.

. Ces cellules sont très nombreuses et la substance fondamentale est réduite à un feutrage de fines fibrilles conjonctives.

. Par endroit, ces cellules forment des couches concentriques autour des vaisseaux.

. Cette infiltration conjonctive se substitue aux fibres musculaires lisses dans le myomètre

. Dans le polype intra-utérin ce tissu pathologique est revêtu entièrement par un endomètre mince et continu.

. Dans la trompe, le chorion des franges et les fibres musculaires de la paroi sont remplacés par cette prolifération conjonctive qui forme à la surface de la trompe des tumeurs pédiculées, où la richesse des vaisseaux capillaires est particulièrement importante.

. La tumeur isolée dans le cul de sac de Douglas a une structure identique.

Elle ne possède pas de pédicule. Son tissu n'est pas nécrosé.

- CONCLUSION

Hémangiopéricytome de l'utérus

2°) - Une tumeur utérine maligne et rare, le chorio-épithéliome peut faire discuter le sarcome.

Cette tumeur se manifeste en effet par la présence au sein d'un utérus atone d'une image lacunaire à contours polycycliques, ravinée par des sillons.

Mais dans ce cas, l'image d'atonie s'associe à une asymétrique notable des bords dont l'un est manifestement très hypertrophié en regard de la base d'implantation tumorale. Ce symptome est pour nous d'une importance capitale. Par ailleurs, les bords de la cavité utérine semblent nettement plus irréguliers.

OBSERVATION N° 7

Madame LEC... Berthe

- Opérée à l'âge de 37 ans pour un chorio épithéliome le 22 Novembre 1954.

- Compte-rendu Opératoire

. Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale
. Utérus volumineux et mou
. Les annexes sont normales et il n'existe pas de kyste luteinique important
. En revanche, on trouve une infiltration du paramètre droit par les villosités molaires et il se produit au moment de la section du replis une hémorragie importante

- Examen Anatomopathologique

- Macroscopiquement

. La cavité utérine entièrement exposée ne laisse apparaître aucune lésion
. La muqueuse épaisse et très fortement vallonée et chagrinée rose pâle avec secrétion mucoïde abondante.
. En un seul point de l'angle de la corne gauche une sorte de petit kyste hématique fait légèrement saillie hors de la muqueuse. Cet endroit est prélevé.
. Au niveau de l'isthme en revanche la surface de l'organe est attaquée sur les deux tiers de sa périphérie et sur une hauteur moyenne de trois centimètres environ.
. Dans toute cette partie, la surface de l'utérus est fortement hémorragique et la consistance du tissu est spongieuse et fragile.
La section du muscle à ce niveau découvre la profondeur de la lésion.

- Section de la région isthmique et cervicale :

. L'épaisseur du muscle est de 25 millimètres
. En pleine paroi musculaire un noyau hémorragique du volume d'une cerise entièrement entouré de muscle.
. Du coté de la face interne, la lésion centrale envoie des prolongements vers la périphérie, dont les lésions superficielles démontrent le degré d'extension assez large.
. En outre de ce noyau situé en plein col on voit plus haut sur cette section un second noyau plus petit au niveau de la région isthmique et qui fait évidemment partie de l'ensemble des lésions propagées.

. Des sections effectuées tout autour du col permettent de préciser le degré d'extension limitée du noyau principal dont la forme est à peu près sphérique et bien circonscrite dans l'ensemble.
. Le second noyau isthmique présente le volume d'un noyau de cerise, son extension en hauteur et en profondeur n'est que de quelques millimètres.

- Ovaires : les deux, du volume d'une amende, un peu bosselée.
Chacun porte un follicule kystique saillant plus gros que les autres, l'un du volume d'un gros pois et translucide, l'autre du volume d'une noisette sans coque et hémorragique
A la section, il s'agit d'un kyste hémorragique entouré de multiples petits kystes luteiniques à contenu jaune.

- Microscopiquement

- Fragment prélevé à l'orifice de la trompe gauche
. Il s'agit bien d'un ilôt absolument isolé de végétations môlaires comportant quelques rares villosités accolées et strictement isolées en ce point.
. Le stroma villeux très altéré est environné d'un trophoblaste en certains points fort virulent, épais, bulleux, anarchique et noyé de sang infiltré.

- Gros noyau principal cervical
. Grosse masse de sang
. Vestiges de villosités choriales nécrosées et des éléments cellulaires trophoblastiques disséminés.
. A la surface de la coque musculaire : massifs de végétations choriales très actives végétant.

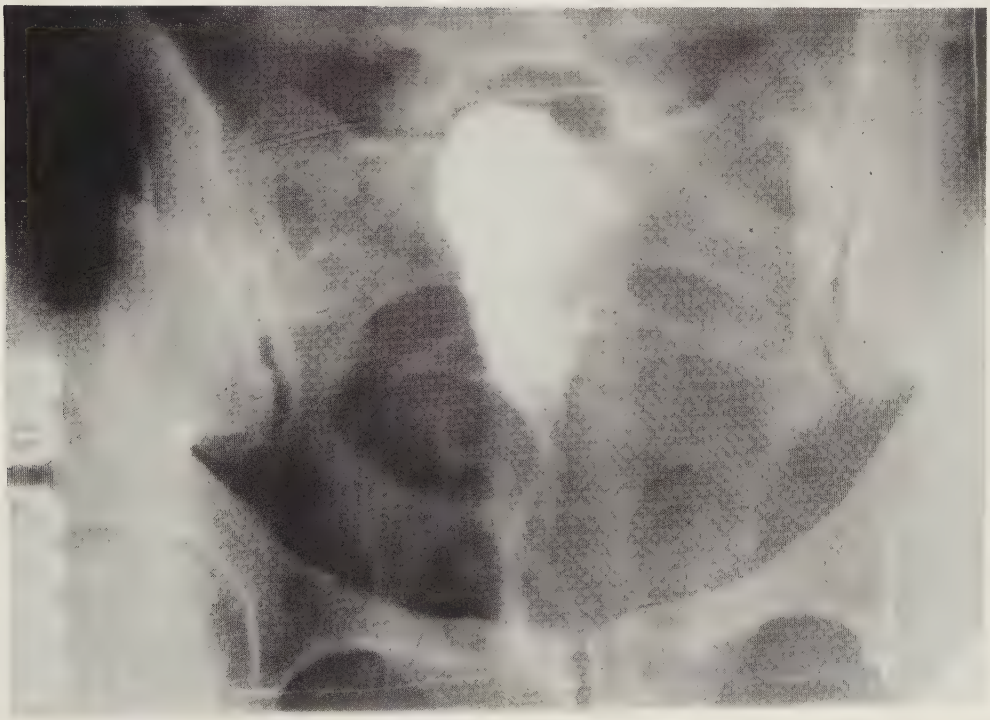
- Fragment de la zone externe de l'isthme
. Caillot entouré d'une couche de formations trophoblastiques actives.
. Vers la périphérie abondante floraison de villosités môlaires en massifs isolés de structure syncitio-langheransienne
Point de départ d'une greffe importante de tissu môlaire
. Aucun endroit d'aspect malin absolu.

Chorio épithéliomeou plutot môle classique typique.

L'Hystérographie faite en Novembre 1954 montre l'image décrite ci-dessus.

A. - Image radiologique d'un chorio épithélioma (face).

B. - Image radiologique d'un chorio épithélioma (face cliché d'évacuation).



B/ - CAS BEAUCOUP PLUS FREQUENTS, LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL CHEZ UNE FEMME MENOPAUSEE

- C'est là que se pose le plus souvent le diagnostic

- Il est particulièrement difficile en raison de l'atonie habituelle de l'utérus ménopausique, porteur d'une tumeur molle intra-cavitaire bénigne ou maligne.

I°) - Les gros Polypes muqueux intra-cavitaires

Il est assez fréquent que des femmes ménopausées de longue date soient porteuses d'un polype muqueux parfois très ancien et généralement latent.

Les polypes muqueux se manifestent seulement en effet après la ménopause, lorsqu'ils sont très volumineux et infectés.

L'aspect radiologique de ces volumineux polypes est très voisin de celui du sarcome.

On constate en effet l'image d'un utérus :

- hypertrophié de façon globale
- atone
- avec présence d'une lacune ravinée par des sillons occupant toute la cavité utérine.

C'est seulement le cliché de profil qui pourrait permettre de déceler bien que très rarement la petitesse de la base d'implantation.

En réalité, l'image de cette tumeur molle est très difficile à différencier de celle des sarcomes.

OBSERVATION N° 8

Madame BERN... Marcelle, âgée de 72 ans, vient consulter le 6 Février 1968, pour

- des métrorragies post-ménopausiques
  - depuis Janvier 1967
  - peu abondantes
  - durant un à deux jours
- des leucorrhées purulentes
  - intermittentes
  - depuis 15 jours

- Dans ses antécédents on note
  - une légère I V G
  - un diabète découvert en 1966 (leger)
  - une obésité
  - trois accouchements normaux à terme
  - trois F.C.P.
  - ménopausée à 54 ans en 1950

- A l'examen
  - périnée relativement convenable
  - col sain haut situé
  - déroulement de la paroi vaginale antérieure
  - rectocèle du Ier degré
  - utérus impossible à percevoir

- Examens pratiqués

  - Frottis vaginaux

    Cellules malpighiennes superficielles et intermédiaires polygonales mêlées à quelques parabasales, cellules situées dans un substrat muqueux très riche en cocci, polynucléaires, cellules histiocytes et quelques globules rouges.

    L'aspect est donc très anormal pour l'âge de la malade. Il suggère une réoestrogénisation pathologique dont la cause est à rechercher.

  - Frottis exocervicaux : idem

  - Frottis endométriaux

    Polynucléaires, rares hématies, très rares amas de cellules des glandes muqueuses, et des cellules granulaires un peu volumineuses.

    Suspicion d'épithélioma glandulaire.

  - L'Hystérographie montre l'image décrite ci-dessus d'un polype muqueux.

A. Image radiologique d'un gros polype muqueux intra-cavitaire chez une femme ménopausée (Face).

B. Image radiologique d'un gros Polype muqueux intra-cavitaire. Hystérographie sur pièce.

- Intervention

  - une hystérectomie totale est pratiquée le 22 Février 1968.

- Compte-rendu Opératoire

  . Incision de pfannenstiel

  . Utérus un peu augmenté de volume contenant du pus

  . Annexes normales, mais veines thrombosées dans le pédicule infundibulo pelvien

  . Grandes difficultés à cause de la graisse et de la profondeur

  . Mais hémostase correcte

  . Paroi en mieux

- Compte-rendu Anatomopathologique

  . Utérus : toute la cavité utérine corporéale est occupée par un polype muqueux à base d'implantation étroite. Les tubes glandulaires sont irréguliers et inégaux, souvent kystiques. Le chorion est abondant et fibreux. La cavité utérine est tapissée par un endomètre complètement atrophique. Le myomètre mesure cinq à huit millimètres d'épaisseur. Les fibres musculaires sont atrophiques. Il y a une importante sclérose péri-vasculaire.

  . Le col a un épithélium pavimenteux hypoplasique. Les glandes endocervicales sont peu nombreuses mais la plupart ont un aspect sécrétant.

  . Les ovaires sont petits et contiennent de nombreuses cicatrices fibreuses de corps jaunes anciens

  . Les trompes sont fibreuses.

- CONCLUSION
  ==========

Volumineux polype endométrial fibrosé. Il n'y a aucun signe de malignité.

2°/ - Les fibromes sous-muqueux, ou polypes fibreux intra-cavitaires non dégénérés.

- donnent lorsqu'ils ne sont pas remaniés une image assez différente
    - . La cavité utérine est moins atone
    - . L'image lacunaire intra-cavitaire est régulière
    - . Il éxiste des signes indirects
- en revanche, chez la vieille femme, ces polypes fibreux ou fibromes intra-cavitaires
    - . Peuvent être ramollis considérablement par une dégénérescence hyaline ou par une nécrobiose.
    - . Bien plus encore, un traitement oestro-progestatif intempestif peut modifier l'aspect radiologique en provoquant l'atonie du myomètre et en ramollissant le myome.

Dans ce cas, l'image radiologique est difficile à distinguer car c'est celle :

- . d'un utérus atone
- . d'une tumeur molle intra-cavitaire à large base d'implantation
- . cependant, l'hypertrophie de l'utérus est moins globale, portant parfois davantage sur un bord, et moins symétrique.

Exemple : OBSERVATION N° 9

OBSERVATION N° 9

Madame THEN ... Marie, âgée de 64 ans vient consulter le 28 Octobre 1969, pour

- des métrorragies
  - depuis Novembre 1968
  - de sang rouge
  - abondantes
  - spontanées
- des leucorrhées blanches, à type d'hydrorrhée
- des douleurs pelviennes bilatérales à type de coliques expulsives
- une pollakiurie diurne
- une légère incontinence urinaire à la toux
- des oedèmes des membres inférieurs avec douleurs

- Dans ses antécédents on note
  - une H.T.A. à 22
  - une obésité
  - des métrorragies abondantes en 1960 spontanées
  - des ménorragies depuis 1958 (à 52 ans)
  - en 1968 et 1969, deux épisodes de crises douloureuses abdominales fébriles
  - sept grossesses avec accouchements à terme. Sept présentations de siège
  - ménopausée en 1967 à 6I ans
  - son traitement oestro-progestatif depuis le IO Octobre 1969
    - Oestradiol Retard et Hydroxy Progesterone

- A l'examen on note
  - un périnée très court
  - vulve vagin col sains
  - un utérus de la taille d'un utérus gravide au terme du 4ème mois, entretenu et nourri par des oestroprogestatifs

- Examens pratiqués

  - Frottis vaginaux : impossibles à classer car couverts de sang

- L'Hystérographie faite le 5 Novembre 1969 montre une image radiologique identique à celle décrite ci-dessus.

- Intervention

  - Une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale est pratiquée le 14 Novembre 1969.

- Compte-rendu Opératoire

  . Grande incision transversale sus-pubienne et décollement de l'aponévrose comme dans un pfannenstiel

  . L'utérus est volumineux (gros melon), régulier

  . Les annexes saines

  . Hystérectomie

  . Péritonisation plus antibiotiques locaux

  . Paroi

- Compte-rendu Anatomopathologique

  - Macroscopiquement

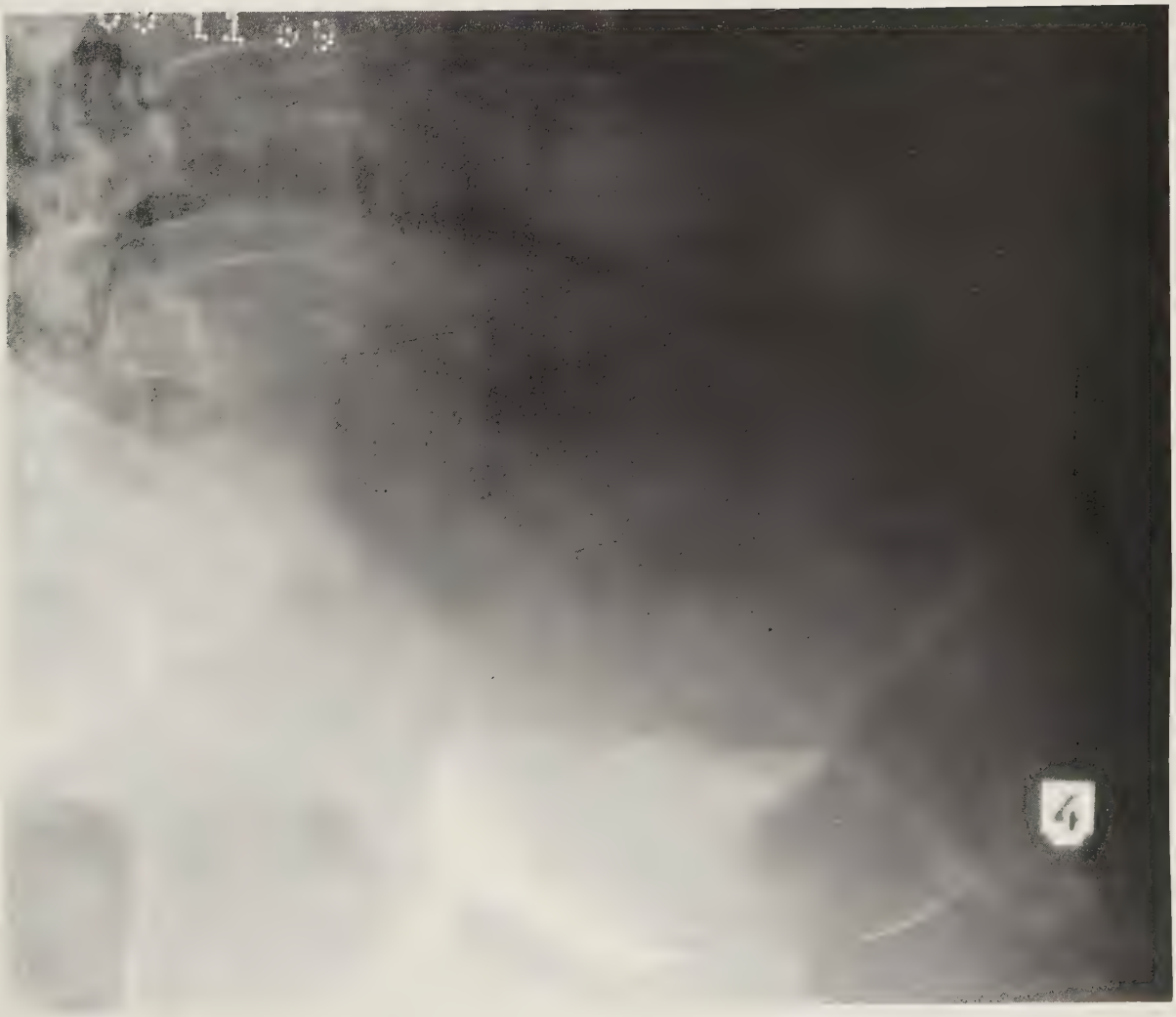
    . L'utérus est déformé par un très gros fibrome sous muqueux qui refoule la cavité.
    A la coupe ce fibrome est rouge violacé.
    Un petit fibrome beaucoup plus dense, également sous muqueux est dans le fond utérin.

  - Microscopiquement

    . Le gros fibrome est complètement nécrosé.
    Il ne persiste que de rares faisceaux de fibres musculaires lisses.
    A la périphérie il est bien encapsulé.

A - Image d'un Polype fibreux intra-cavitaire chez une femme ménopausée sous traitement oestroprogestatif (Face)

B - Image d'un Polype fibreux intra-cavitaire chez une femme ménopausée sous traitement oestropregestatif (Profil)



. le petit fibrome est constitué en grande partie par un tissu presque anhiste

. L'endomètre est mince, en état folliculinique atypique

. A la surface des fibromes sous muqueux l'endomètre est réduit à l'épithélium endométrial bordant

. Le col a un épithélium pavimenteux stratifié normal qui remonte dans le canal cervical.

. L'épithélium glandulaire qui lui fait suite est le siège d'une métaplasie pavimenteuse étendue.

. Les noyaux sont réguliers

. Les glandes sont rares, quelques unes sont kystiques

. Les ovaires sont fibreux

. Les trompes sont atrophiques

- CONCLUSION
  ==========

Fibromyome sous muqueux

Le plus volumineux a subi une nécrose récente.

Dans le plus petit des fibromes, la fibrose résulte de l'organisation du processus de nécrose ancien.

Il n'y a aucun signe de malignité.

3°/ - L'Epithélioma de l'endomètre à forme encephaloïde

C'est là où le diagnostic est extrêmement difficile et radiologiquement presque impossible car ces tumeurs volumineuses saillantes à l'intérieur de la cavité utérine qu'elles remplissent, provoquent des lacunes à contours réguliers et s'accompagnent d'une atonie importante.

En dehors des très gros sarcomes à développement très rapide, le seul élément de diagnostic différentiel radiologique est constitué par la présence de sillons, peut être plus nombreux dans les sarcomes et qui semblent raviner plus profondément la tumeur.

La difficulté du diagnostic radiologique n'est pas étonnante en raison de la ressemblance des deux tumeurs dont la nature véritable peut seulement être affirmée par l'examen microscopique.

A titre d'exemple, il faut comparer l'aspect macroscopique de l'observation N° 2 et celui de l'observation N° IO.

OBSERVATION N° IO

Madame MOR... Yvonne, âgée de 73 ans, vient consulter le 2 Février 1970, pour

- des métrorragies post ménopausiques
  - depuis Novembre 1969
  - quotidiennes
  - de sang rouge
  - de minime abondance
  - spontanées

- Dans ses antécédents on note
  - une pleurésie peut être tuberculeuse en 1920
  - un accouchement normal à terme en 1922

- A l'examen on trouve
  - une malade en très bon état général
  - un col sain mais quelques pertes hématiques
  - un utérus volumineux
  - des annexes bien normales
  - des culs de sac souples
  - un abdomen bien souple
  - un foie normal

- Examens pratiqués
  - Frottis vaginal : normal
  - Frottis cervical : mucus, cellules basales, rares hématies polynucléaires et macrophages en amas.

- le frottis endométrial par aspiration, montre

  - des cellules basales, des hématies, et quelques polynucléaires en trainées
  - quelques cellules des glandes cervicales et amas de cellules à noyau nucléolé.

Epithélioma indifférencié.

- L'examen Anatomopathologique d'un polype cervical biopsé montre

  - un épithélioma glandulaire atypique très probablement endométrial.

- L'Hystérographie faite le 29 Janvier montre une image radiologique identique à celle décrite ci-dessus

- Intervention

  - une hystérectomie avec annexectomie bilatérale est pratiquée le 19 Février 1970

- Examen macroscopique de la pièce : voir Photo

- Examen biologique

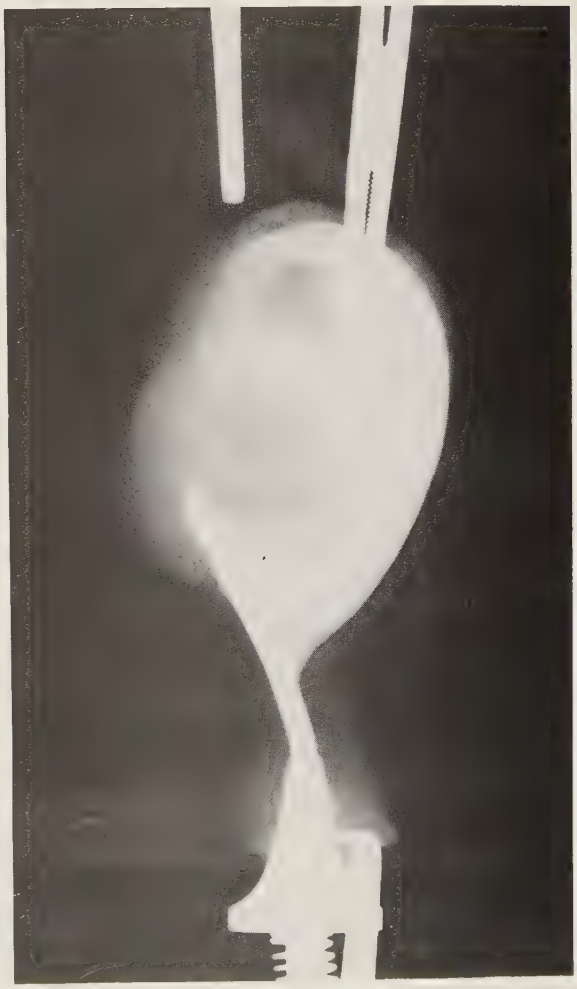
  . Le col contient de nombreuses glandes kystiques

  . Fragment de formation polypeuse constituée par de vastes plages nécrosées, mais on reconnait de petites formations glandulaires arrondies et bordées par un épithélium polygonal.

A. - Image radiologique d'un epithélioma de l'endomètre. Forme encéphaloide (fa

B. - Image radiologique d'un épithélioma de l'endomètre (profil).

C. - Image radiologique d'un épithélioma de l'endomètre . Hystérographie sur pièce opératoire .



. Fragment de la formation polypeuse accolée à la paroi utérine. On retrouve les mêmes glandes arrondies toutefois il éxiste des endroits constitués de cordons

. On ne trouve pas dans le myomètre de foyers néoplasiques, toutefois on reconnait quelques foyers d'endométriose.

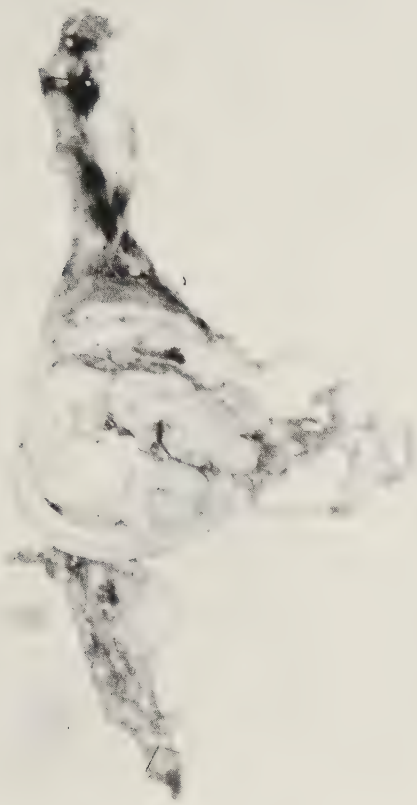
- CONCLUSION
  ==========

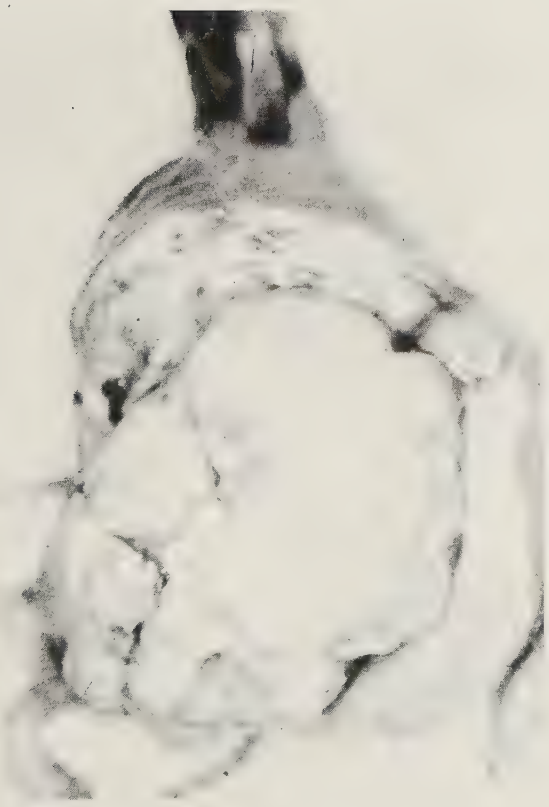
Epithélioma glandulaire développé sur un polype endométrial sans pénétration du myomètre, et sans métastases.

A.. - Epithélioma de l'endomètre . Pièce opératoire ouverte.

B. - Epithélioma de l'endomètre . Pièce opératoire fermée.

C. - Epithélioma de l'endomètre. Pièce opératoire ouverte. Fort grossissement.





OBSERVATION N° 11
==========

Madame BAH... Marie, âgée de 66 ans vient consulter le 3 Décembre 1968 pour

- des métrorragies post ménopausiques
  - depuis Septembre 1968
  - de sang rouge
  - spontanées
  - peu abondantes et intermittentes

- Dans ses antécédents on note
  - aucune pathologie médicale, ni chirurgicale
  - pas de grossesse ni de fausse couche
  - ménopausée à 49 ans (en 1951)

- A l'examen on trouve
  - un abdomen souple
  - une vulve très atrophique
  - un tout petit col très atrophique mais sain
  - un tout petit utérus bien mobile

- Examens pratiqués
  - Frottis vaginaux le 8 Novembre 1968
    - . Classe III
    - . Suspect d'adénocarcinome
  - Biopsie d'endomètre, le 14 Novembre 1968
    - . Tous les fragments sont constitués par une prolifération épithéliale anarchique formée de cellules au cytoplasme plus ou moins abondant, souvent clair et au noyau volumineux mais habituellement régulier
    - . Il n'y a pratiquement pas de mitoses
    - . Ces cellules sont disposées en travées parallèles ou en nappes indifférenciées.

. Il n'y a pas de structure glanduliforme reconnaissable, ni de stratification.

. Le chorion est réduit à de minces axes conjonctivo-vasculaires

. Il éxiste une infiltration leucocytaire assez importante

. Les petits fragments sont en partie nécrosés. Les plus volumineux ne sont pas nécrosés.

Carcinome invasif atypique.

Il n'est pas possible de préciser si la lésion a une origine endocervicale ou endométriale.

- L'Hystérographie faite le 19 Novembre 1968 montre une image radiologique identique à celle décrite au Chapitre :

" L'épithélioma de l'endomètre à forme encephaloïde "

- Intervention

- Une hystérectomie totale sans conservation annexielle a été pratiquée le 13 Décembre 1968.

A - Image radiologique d'un Epithélioma de l'endomètre forme encephaloïde (Face)

B - Image radiologique d'un Epithélioma de l'endomètre forme encephaloïde (Profil)

- le Compte-rendu Opératoire montre

  . Incision médiane sous ombilicale

  . A l'inspection : utérus de volume normal rétroversé
  Annexes droite et gauche normales
  Ovaires atrophiques

  . Hystérectomie totale avec conservation des annexes emportant une collerette vaginale de 2 cm.

  . Surget hémostatique sur la lèvre antérieure et postérieure du vagin

  . Toilette péritonéale et antibiotiques locaux

  . Paroi

- Le Compte-rendu anatomopathologique révèle que

  . La partie moyenne de la cavité utérine est occupée par un épithélioma cylindrique presque entièment nécrosé.

  . La base d'implantation est très étroite

  . Il est probable que la tumeur s'est développée dans un polype

  . L'endomètre est atrophique

  . Dans la région sus isthmique il y a des petits polypes

  . Le myomètre est atrophique

  . Le col a un épithélium pavimenteux bien différencié

  . La muqueuse endocervicale a un aspect sécrétant

  . Les ovaires sont fibreux. Ils contiennent des cicatrices de corps jaunes anciens

  . Les trompes sont atrophiques

- CONCLUSION
  ==========

Epithélioma cylindrique endométrial. La lésion est localisée. Elle ne pénètre pas le myomètre.

C O N C L U S I O N

- L'image radiologique des Sarcomes Utérins d'après notre trop modeste série d'observations, semble assez univoque.
  Elle est celle d'un utérus globalement et symétriquement hypertrophié, remarquablement atone, porteur d'une grosse lacune remplissant la cavité, à large base d'implantation, à contours légèrement polycycliques et sillonnée par l'injection de quelques échancrures intra-tumorales.

- L'intérêt de cette image pathologique nous semble grand, chez les vieilles femmes surtout, car :

  - associée à des métrorragies et à la perception d'une tumeur utérine, elle suffit à certifier la nécessité de l'intervention chirurgicale

  - associée à la constatation sur des frottis de cellules atypiques d'origine conjonctive, elle assure le diagnostic

  - elle permet de diriger au minimum la biopsie d'endomètre et le curettage dont la mise en oeuvre à l'aveugle n'est pas exempte de danger chez les vieilles femmes

- L'image radiologique des Sarcomes Utérins n'est cependant pas absolument spécifique. En l'absence d'éléments de diagnostic fournis par la biopsie d'endomètre ou les frottis endométriaux pas aspiration, elle est extrêmement difficile à différencier de l'image radio de très gros polypes endométriaux chez la vieille femme, et surtout des cancers endométriaux dans la variété encephaloïde.

- Son intérêt clinique et ses apports dans la discussion de la conduite à tenir nous font penser cependant que l'étude de l'image hystérographique des sarcomes utérins mérite d'être largement poursuivie.

- B I B L I O G R A P H I E -

- AARO LA, DOCKERTY MB.

Leiomyosarcoma of the uterus

Am. J. Obst. Gyn. - 1959, 77, n° 6, pp 1187 - 1198

- AARO LA, DOCKERTY MB.

Sarcoma of the uterus

Am. J. Obst. Gyn - 1966, 94, n° 1, pp IOI - I09

- BADER P. WOLL R.

Image radiologique d'un sarcome utérin

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. JANVIER MARS 1962, 14, n° 1 p 68

- BOUKRIS R.

Le leiomyosarcome et ses confins avec le myome

Problèmes nosologiques, pronostics, thérapeutiques

Thèse Med. Paris 1963 - p 83

- CARTER ER. Mac DONALD Jr.

Tumeurs utérines mésodermiques mixtes

Am. J. Obst. Gyn. AOUT 1960, 80, n° 2, pp 368 - 373

- CHOME J.

Tumeurs diverses de l'utérus

EMC 550 A IO I964

- COPE E.

Adénocarcinoma of the endométrium with malignant stromatosis

J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1958, 65, p 58

- CORSCADEN J.A., BAWA
Leiomyosarcoma of the uterus
Am. J. Obst. Gyn. 1958, 75, p 149

- CORSCADEN J.A., SINGH B.P.
Leiomyosarcoma of the uterus
Am. J. Obst. Gyn. 1958, 75, p 149

- CORSCADEN J.A.
Sarcomes de l'endomètre
Am. J. Obst. Gyn. AOUT 195I, 61, n° 4, p 743 - 754

- CORSCADEN J.A.
Sarcoma of the uterus
Gynecologic cancer - Williams and Wilkins
Edit. Baltimore 1962, 3° édit. 573 pages

- CRAWFORD E. Jr, TURCKER R.
Sarcoma of the uterus
Am. J. Obst. Gyn. 1959, 77, n° 2, p 286 - 29I

- CRAWFORD E.J.
Sarcome utérin Botryoïde
Am. J. Obst. Gyn. SEPTEMBRE 1959, 78, n° 3, p 6I8 - 620

- DANFORTH WO.
Sarcoma of uterus
Am. J. Obst. Gyn. MARS 1950, 59, n° 3, p 598 - 608

- DELANNOY E. GAUTHIER P. DEWAMBER
Sarcomes utérins (à propos de 7 observations inédites)
Lille. Chir. MARS AVRIL 1951, 6, n° 32, p 79 - 83

- DUPAS LC.
Sarcomes et tumeurs mixtes de l'utérus
A propos de 25 cas inédits
Thèse Paris 1959, n° 783, 80 pages

- DRAKE ET. DOBBEN GD.
Leiomyosarcoma of the uterus with anasual metastasis
J.A.M.A. JUILLET 1959, 170, n° 11, p 1294 - 1298

- FENTONE AN. BURKEL
Le sarcome de l'utérus
Am. J. Obst. Gyn. JANVIER 1952, 63, n° 1, p 158 - 162

- FINN WF.
Sarcoma of the uterus
Am. J. Obst. Gyn. DECEMBRE 1950, 60, n° 6, p 1254 - 1262

- FLORENTIN P. BERNARD F.
A propos d'un cas d'épithéliosarcome du corps utérin
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. AVRIL MAI 1957, 9, n° 2, p 215 - 217

- GELLE P. VENDEVILLE Y.
Sarcome fibroblastique de l'utérus
Lille. Chir. MARS AVRIL 1961, 6, n° 32, p 75 - 78

- GOODFRIEND MJ. LAPAN B.

Carcinosarcome de l'utérus

N. Y. State - J. Med. 1er MAI 1950, 50, n° 9, p 1139, 1141

- GRASSIN Y. RO

L'Avenir des fibromes irradiés (dégénérescence sarcomateuse)

Thèse Paris de 1952, 29 pages

- GROSDIDIER J. COLETTE C. PIERSON B.

Les tumeurs malignes dites conjonctives du corps utérin, 14 cas

Lyon Chir. JUILLET 1957, 53, n° 4, p 546 - 553

- HALL JE. NELHS WF.

Carcinosarcomes de l'endomètre

Am. J. Obst. Gyn. FEVRIER 1953, 65, n° 2, p 433 - 438

- HARPER RS. SCRILLY RE.

Intraveinous leiomyomatosis of the uterus

Obst. and Gyn. 1961, 18, p 5I9

- HELLER EL, SIEBER WK.

Le fibrosarcome : Etude clinico-pathologique de 60 cas

Surgery AVRIL 1950, 27, n° 4, p 539, 545

- HERMAN L. BARROW DN.

Sarcoma of uterus

Obst. and Gyn. 1955, 6, p I8

- HILL RP. HILLER FN.
Combined mesenchymal sarcoma and carcinosarcoma of the uterus
Cancer. 1951, 4, p 803

- HUGESDON PE. COCKS DP.
Sarcome de l'endometre compliquant une hyperplasie kystique
Remarques sur le carcinosarcome
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. AOUT 1955, 62, n° 4, p 567 - 571

- HUNTER WC. NOHLGREN JE. LANCEFIELD EM.
Stromal endometriosis or endometrial sarcoma
Am. J. Obst. Gyn. 1957, 73, p 1072

- JOHNSON C.E. SOULE EM.
Malignant lymphoma as a Gynecological problem
Obst. and Gyn. 1957, 9, p 149

- KLEIN J.
Carcinosarcome de l'endomètre
Am. J. Obst. Gyn. JUIN 1953, 65, n° 6, p 1212 - 1227

- LAFARGUE P. CABANNE F. NOSNY Y.
Sarcome du corps utérin
Gyn. and Obst. OCTOBRE 1966, 65, n° 4, p 423

- LAUTAIN AR. MONROE TC.
Mixed mesodermal tumors of the corpus uteri
Am. J. Obst. Gyn. 1959, 78, n° 3, p 613 - 617

- LEGER H. KERMAREC J.

Les Sarcomes de la muqueuse utérine - Essai de classification anatomopathologique

Gaz. Med. France. 25 SEPTEMBRE 1957, 64, n° I8, p 1487 1498

- MACKLIS A. SCHIFFER MA. WOLFE SA.

Le Diagnostic du sarcome de l'utérus

Am. J. Obst. Gyn. SEPTEMBRE 1955, 70, n° 3, p 52I - 539

- MARCELLA LA. CROMER JK.

Mixed mesodermal tumors

Am J. Obst. Gyn. FEVRIER 1959, 77, n° 2, p 275 - 285

- MATHIEU J. ET VILLEDIEU P.

Sarcome de l'endomètre

Bull. Med. Soc. Gyn. Obst. AOUT OCTOBRE 1958, 10, n° 4, p 422 - 423

- MEIER H.J.

Le Diagnostic différentiel de l'hémorragie de la ménopause avec considération particulière du sarcome utérin

Zbl. Gyn. 16 JANVIER 1960, n° 3, p 87 - 92

- MULLER P. TOUSSAINT P. PHILIPPE E.

A propos de quelques cas de sarcomes de l'endomètre

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. JANVIER MARS 1962, 14, n° 1 p 68 - 69

- MONTAGUE A CW. SWARTZ DP. WOODRUFF JD.
Sarcoma arising in a leiomyoma of the uterus
Am. J. Obst. Gyn. 1965, 92, p 421

- NOVAK ER. WOODRUFF JD.
Sarcoma of the uterus
Gynecologic and Obstetric Pathology
Saunders Edit. Philadelphia and London 1967

- NOVAK ER.
Endometriose stromale
Gynecologic and obstetric Pathology - Saunders Edit. 1965

- NORRIS HJ. TAYLOR MB.
Tumeurs mésenchymateuses de l'utérus
I : Etude clinique et pathologique de 53 tumeurs de l'endomètre
Cancer JUIN 1966, 19, n° 6, p 755 - 766

- NORRIS HJ. TAYLOR MB. ROTH E.
Tumeurs mésenchymateuses de l'utérus
II : Etude clinique et pathologique de 3I tumeurs mixtes mésodermiques
Obst. and Gyn. JUILLET 1966, 28, 57
Internat. Surg. Dig. NOVEMBRE 1966, 75, n° 11, p 491 - 492

- NORRIS HJ. TAYLOR MB.

Tumeurs mésenchymateuses de l'utérus

III : Une étude clinique et pathologique de 30 carcino-sarcomes

Cancer OCTOBRE 1966, 19, n° IO, p 1459 - 1465

- OBER WB. TOWEL HM.

Mesenchymal sarcoma of the uterus

Am. J. Obst. Gyn. FEVRIER 1959, 77, n° 2, p 246 - 268

- PERROUAS J.

Contribution à l'étude de la dégénérescence sarcomateuse des fibromes utérins

Thèse Paris 1953, n° 93, 86 pages

- PETIT M. BUTOLIGE

Tumeurs mésodermiques mixtes du tractus génital chez la femme

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. AOUT SEPTEMBRE 1956, 8, n° 4, p 418

- PICKLES BG.

Tumeurs mixtes mésodermiques de l'utérus

Relation d'un cas et revue de la littérature

J. Obst. Gyn. Brit. Emp. OCTOBRE 1957, 64, n° 5, p 700 -705

- POUILHES J. et Coll.

Tumeurs rares de l'utérus : Les sarcomes de l'endomètre

CR. Soc. France Gyn. JANVIER 1966, 36, n° 1, p 2I - 32

- RADMAN HM. KORMAN W.

Sarcome de l'utérus

Am. J. Obst. Gyn. SEPTEMBRE 1959, 78, n° 3, p 604 - 612

- RENDINA GM.

Les sarcomes de l'utérus

Clin. Obst. Gyn. OCTOBRE 1964, 66, n° 10, p 542 - 568

- RUBIN A.

Histogenèse du carcinosarcome (tumeur mésodermique mixte de l'utérus telle qu'elle ressort des études faites sur les cultures du tissus)

Am. J. Obst. Gyn. FEVRIER 1959, 77, n° 2, p 269 - 274

- SYMMONDS RE. DOCKERTY MB

Sarcomes et prolifération à type sarcomateux du stroma endométrial

I : Etude clinico pathologique de 19 tumeurs mixtes mésodermiques

Surg. Gyn. Obst. FEVRIER 1955, 100, p 232 - 240

- SYMMONDS RE. DOCKERTY MB

Sarcomes et prolifération à type sarcomateux du stroma endométrial

II : Carcinosarcome

Surg. Gyn. Obst. MARS 1955, 100, n° 3, p 322 - 328

- SYMMONDS RE. DOCKERTY MB. PRATT JH.

Sarcomes et proliférations analogues à un sarcome du stroma de l'endomètre

Am. J. Obst. Gyn. MAI 1957, 73, n° 5, p IO54

- TAYLOR CW.

Tumeurs mésodermiques mixtes de l'appareil génital de la femme

J. Obst. Gyn. Brit. Emp. AVRIL 1958, 65, n° 2, p 177

- WEBB GA.

Utérin sarcoma

Obst. and Gyn. 1955, 6 p 38

- WILLIAMS TJ. WOODRUFF JD.

Similarities in malignant mixed mesenchymal tumors of the endometrium

Obst. Gyn. Surg. 1962, 17 p 1

- WILLIAMS GS.

Sarcome de l'utérus

Am. J. Obst. Gyn. JANVIER 1954, 67, n° 1, p 92 - IO1

- WRIGLEY A.J.

Le Sarcome de l'utérus

Lewis'Pract. Surg. 1957, 11. Chap. 19, p 1 - 23

- WOLF JP. HEROVICI C. MEUNIER J.

Sarcomes utérins

Rev. Frcse. Gyn. Obst. MARS 1965, 60, p 177

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

N° 9546 K

10-4-70

M. Chèle BARZACH-FISCH

Née le 11 JUILLET 1943 à CASABLANCA MAROC

VU
et PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
DE L'ACADEMIE DE PARIS

L' IMAGE RADIOLOGIQUE DU SARCOME UTERIN

Président de Thèse : Monsieur Jacques Hughier Rose

Le Doyen Honoraire
Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine